

治療・検査の説明同意書

当科では、患者さんの権利を守り安全にかつ安心して診療を行うため、担当医師から治療・検査の内容について十分な説明をし、患者さんの同意を得たうえで行いたいと考えています。

上記内容に関して、治療内容、目的、危険性について、ご説明いたしました。

新垣形成外科 担当医 _____

新垣形成外科 看護師 _____

上記治療・検査について説明を受け、納得しましたので実地に同意します。

平成 年 月 日

患者 氏名 _____ 印

代理人・親族 氏名 _____ 印

* 患者様が未成年の場合のみ、代理人・親族の欄もご記入ください。